Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

„Zur Indikationsstellung der Sectio Caesarea"

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Julius Lahmann

aus Zelle.

Halle a. S.
Buchdruckerei Wilhelm Brandt.
1921.

Im ersten Teil der Arbeit werden die Indikationen des Kaiserschnitts vor Einführung der Anti- und Asepsis beschrieben. Die einzigste Indikation war damals die tote oder sterbende Frau. Erst nach Einführung der Anti- und Asepsis wurde die Indikationsstellung etwas verbreitert. Aber auch jetzt galt wegen der allzu großen Mortalität nur die absolute Indikation; sie war gegeben, wenn auf keine andere Art und Weise das Kind herausbefördert werden konnte. Erst nach der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts trat infolge Vervollkommnung der chirurgischen Technik eine Wendung in der Geschichte des Kaiserschnitts ein. Nun fing man auch an, bei relativer Indikation die Sectio Caesarea anzuwenden. Um 1900, aber besonders nach Einführung des extraperitonealen Kaiserschnitts durch Sellheim (1908), wurde die Indikationsstellung der Sectio Caesarea wesentlich verschoben. Sellheim und Krönig wollten jetzt auch die Operation bei Placenta praevia ausgeführt wissen. Die Frage ist heute noch nicht endgültig entschieden, doch scheint sie im Sinne Sellheims und Krönigs gelöst zu werden.

Schon durch die Aufnahme der Symphysiotomie in die operative geburtshülfliche Technik wurde die an sich einfache Sachlage der Indikationsstellung der operativen Geburtshülfe sowohl bei der Auswahl der Operation wie bezüglich der Nachbehandlung und nicht zuletzt bei der Ausführung der Technik des Eingriffs vor ganz andere, viel umfassendere Fragen gestellt. Erst in der neuen Zeit wurde die Operation selbst umgewandelt in einen lebenserhaltenden Eingriff, und gerade seit dieser Zeit gestaltete sich die Indikationsstellung noch verwickelter und komplizierter, da jetzt auch die Erhaltung des kindlichen Lebens mit zu berücksichtigen war. Infolge dieser eigenartigen Entwicklung der Geschichte der Sectio Caesarea haben sich in der neueren Zeit bei der Auswahl der Operationen Folgerungen ergeben, die es früher überhaupt nicht gab, und aus dem Vorhandensein in mancher Beziehung vollkommen neue,

ja bis dahin nicht erwartete oder sogar unangenehme Situationen schaffen kann. Wenn auch ganz allgemein die Gefahr des „Schnittentbindungsverfahrens“ wesentlich herabgesetzt ist, so ist es doch auch heute mit unter die großen, selten auszuführenden Operationsmethoden zu rechnen, zu deren Gelingen das Vorhandensein einer Reihe theoretischer Voraussetzungen und operative Erfahrungen erforderlich sind. Wie bei allen größeren chirurgischen Operationen, so gilt auch hier für die Ausführung der Sectio caesarea der Grundsatz, der sich aus praktischer Erprobung allmählich als gültig und wichtig ergab, daß der Eingriff eine hohe operative Schulung erfordert, und daher nicht versuchsweise im Privathause ausgeführt werden darf, sondern nur den für operative Technik besonders ausgestalteten Anstalten vorbehalten werden muß. Auch heute besteht in der Indikationsstellung eine scharfe Trennung zwischen der Privathaus- und der geburtshülflichen Klinik, die für bestimmte Fälle eine vollkommen differente Fragestellung zeitigen kann. Wenn es auch heute noch Fälle geben wird, bei denen zur Erhaltung des mütterlichen Lebens das des Kindes geopfert werden muß, wie es durch die zerstückelnde Operation im Privathaus geschieht, so ist diese bei der weiteren Ausbildung der Technik der geburtshülflichen Operationen, die Rücksicht auf das Leben der Mutter stets als im Vordergrunde stehend zu bezeichnen, nicht die Möglichkeit der Ausführung des Eingriffs unter möglichst einfachen Bedingungen. Das Ziel der endgültigen Vermeidung der Aufgabe des Kindes unter allen Umständen haben wir bis heute noch nicht erreicht. Je mehr man heute diesem Prinzip huldigt, um so mehr läuft man Gefahr, das kindliche Leben durch das mütterliche zu ersetzen und beide als gleichwertig hinzustellen. Sehr erschwert wird die ganze Kaiserschnittsfrage durch die Berücksichtigung der aus dem Gesamtzustand der Schwangeren heraus sich ergebenden sogenannten inneren Gegenanzeigen, die in den bakteriologischen Untersuchungen des Genitaltraktus der Frau vor dem Kaiserschnitt ihre Grundlage haben. Durch die Zunahme des Keimgehalts der Genitalien unter der Geburt, wächst proportional mit der langen Geburtsdauer die Gefahr des zu unternehmenden Eingriffs. So ist es von diesem Standpunkt aus vollkommen ersichtlich, daß trotz aller Bevorzugung der operativen Geburtshülfe in der dazu eingerichteten Anstalt in einem besonders ungünstigen Fall, in dem die Gebärmöglichkeit für ein lebendes Kind nicht besteht, auch jetzt auf die „kinderrettende“ Operation

verzichtet werden muß, und daß der von Pinard proklamierte Grundsatz „l'embryotomie sur l'enfant vivant à vécu“ noch keine allgemeine Geltung beanspruchen kann.

Im letzten Teil der Arbeit wird über 62 Kaiserschnitte berichtet, die in der Hallischen Frauenklinik in den letzten 5 Jahren ausgeführt wurden. Von den Operierten starben 3 Mütter und 2 Kinder; das sind 4,8 % Mortalität für die Mütter und 3,2 % für die Kinder. Die Indikation zur Sectio caesarea war 48 mal ein enges Becken, 4 mal Querlage, 4 mal Eklampsie, 2 mal Placenta praevia, 1 mal Portiocarcinom, 1 mal Lordose und Kyphose und 1 mal Nephritis. Fast gleich häufig wurde der extraperitoneale und transperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt, nämlich ersterer 27 mal und letzterer 29 mal, während nur 3 mal der vaginale und 1 mal der cervicale transperitoneale angewendet wurde. 1 Kaiserschnitt wurde nach der Methode von Küstner gemacht.

Julius Lahmann,
appr. Arzt.